

119
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 février 1893, à 1 heure

Par ERNEST GAYE

Né à Gaussan (Hautes-Pyrénées), le 21 avril 1867.

DES

HERNIES INGUINALES IRRÉDUCTIBLES

Par excès de volume ou de consistance et sans adhérences

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : MM. { TARNIER, professeur.
BRUN, BAR, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 février 1893, à 1 heure

Par ERNEST GAYE

Né à Gaussan (Hautes-Pyrénées), le 21 avril 1867.

DES

HERNIES INGUINALES IRRÉDUCTIBLES

Par excès de volume ou de consistance et sans adhérences

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : MM. { TARNIER, professeur.
BRUN, BAR, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, RUE RACINE, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	N.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SÉBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTERRER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MA TANTE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de l'hôpital Necker
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR SCHWARTZ

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Chirurgien de l'hôpital Cochin

DES
HERNIES INGUINALES IRRÉDUCTIBLES

PAR EXCÈS DE VOLUME OU DE CONSISTANCE ET SANS ADHÉRENCES

INTRODUCTION

L'étude des hernies est un des points les plus importants de la chirurgie ; de tout temps, cette question a passionné les plus grands chirurgiens, et cela, à juste titre, vu la fréquence des hernies et les dangers auxquels elles exposent. Les questions qui ont donné lieu surtout aux débats les plus nombreux et les plus dignes d'intérêt, à des tournois scientifiques, pourrait-on même dire, sont sans nul doute l'étranglement herniaire et la cure radicale des hernies.

Si, dans l'étude si complexe des hernies comme dans toute autre étude, les questions majeures ont le droit d'absorber la plupart des discussions, les questions de minime importance n'en présentent pas moins leur intérêt. Aussi nous proposons-nous d'étudier dans ce petit travail un point tout particulier que les auteurs classiques nous ont paru laisser de côté, point cependant que quelques publications sont venues mettre à jour : nous voulons parler

de l'irréductibilité des hernies inguinales par excès de volume ou de consistance et sans adhérences.

L'irréductibilité des hernies peut tenir à bien des causes ; on peut les réunir en cinq groupes principaux :

1° Les hernies ayant perdu par leur volume leur droit de domicile dans l'abdomen ;

2° Les hernies irréductibles par étranglement ;

3° Les hernies irréductibles par adhérences ;

4° Les hernies irréductibles par valvule à l'intérieur du sac ;

5° Les hernies irréductibles par excès de volume ou de consistance et sans adhérences.

Ce sont les hernies comprises dans cette dernière classe qui formeront l'objet de notre étude. Cette cause d'irréductibilité n'est pas assez connue généralement, et par suite n'est point présente à l'esprit du praticien. Quel n'est pas l'étonnement de l'opérateur, lorsque, après avoir annoncé l'irréductibilité de la hernie à cause des adhérences et après avoir ouvert le sac de la hernie, se disposant à faire la décortication, parfois pénible et laborieuse, il s'aperçoit que son travail est déjà fait par la nature, ou plutôt que la nature n'avait point organisé les adhérences prédites ! Nos observations d'ailleurs en fourniront les preuves les plus convaincantes.

Avant d'entrer dans notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser à M. Chalot, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Toulouse, nos remerciements les plus sincères pour la bienveillante attention qu'il a toujours eue pour nous et pour les sages conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer durant le cours de nos études.

Il a été pour nous plus qu'un maître, il a été un véritable ami.

M. Schwartz nous a suggéré l'idée de ce travail et nous a fourni avec une extrême bienveillance les précieux renseignements dont nous avons eu besoin, nous le prions d'en accepter la dédicace à titre de reconnaissance.

Que M. Lucas-Championnière, qui a bien voulu nous communiquer une observation prise dans son service, daigne agréer tous nos remerciements.

Que M. le professeur Le Dentu reçoive l'expression de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE.

Les hernies sont une des infirmités les plus communes. Les hernies volumineuses et irréductibles sont rares dans les premières périodes de l'existence ; néanmoins l'observation VII nous montre que ces cas peuvent même se présenter dès la plus tendre enfance. C'est un enfant, âgé de 4 ans, atteint d'une hernie congénitale, restée réductible pendant les deux premières années et devenu irréductible dans le courant de la troisième ; l'irréductibilité était due à l'hypertrophie des franges épiploïques. Après l'adolescence, celles-ci augmentent de fréquence, les efforts, les travaux pénibles de l'âge adulte déterminant la propulsion des viscères au dehors chez les individus prédisposés.

Enfin, chez les vieillards, en raison du relâchement des parois abdominales, en raison d'autres circonstances pathologiques agissant comme causes occasionnelles véritables, telles que les efforts de toux, ceux que nécessite la miction rendue plus difficile, la proportion des sujets atteints de grosses hernies atteint un chiffre bien plus considérable.

Dans l'étiologie des hernies volumineuses et irréductibles, nous devons considérer deux sortes de causes capables de les engendrer : les unes prédisposantes, telles que l'hérédité, le sexe, l'âge, la profession, la constitution de l'individu ; les autres déterminantes : les efforts violents, les mauvais bandages, les mauvaises réductions, la négligence du taxis.

Les hernies inguinales sont plus communes chez l'homme que chez la femme ; la cause doit en être attribuée à l'organisation différente du canal inguinal chez l'un et chez l'autre. Cela tient aussi à la vie plus active et plus pénible que mène l'homme, tandis que la femme généralement mène une vie plus sédentaire.

L'influence de l'hérédité avait déjà été indiquée par Malgaigne, qui, sur 316 hernies, avait retrouvé 86 fois des antécédents de famille ; nous l'avons également notée dans quelques-unes de nos observations. Malgaigne a voulu faire jouer un rôle au climat et aux races sur la production des hernies ; mais il est bien difficile d'ériger une règle quelconque à cet égard.

Certaines professions semblent prédisposer aux hernies volumineuses. Quoique peu explicites à cet égard, nos observations nous donnent cependant un relevé établis-

sant que les professions pénibles et demandant des efforts, telles que celles de cultivateur, de charretier, de portefaix, gens de peine en un mot, sont plus exposées à avoir des hernies et à les voir prendre des proportions considérables. Les gens qui travaillent debout, ainsi que l'avait indiqué Malgaigne, sont volontiers atteints de hernies ; il est également démontré que des efforts répétés, le ventre étant relâché par l'inclinaison du tronc en avant et la demi-flexion des cuisses sur le bassin, favorisent leur production et leur accroissement.

Les affections qui déterminent un amaigrissement rapide se compliquent également de l'apparition des hernies, les interstices que laissent entre eux les entrecroisements fibreux des parois abdominales cessant d'être oblitérés par la graisse. La débilitation générale de l'économie affaiblit peut-être aussi la résistance des tissus fibreux et musculaires. Enfin les maladies dans lesquelles les efforts sont accrus et rendus plus fréquents, celles où la miction et la défécation sont pénibles, où la toux communique au contenu de l'abdomen de fréquentes secousses, ont la même influence fâcheuse.

Nous venons de passer en revue les causes qui prédisposent aux hernies volumineuses : nous devons maintenant nous occuper de celles qui les déterminent. Les causes les plus habituelles sont les efforts qui entraînent une diminution de la capacité de l'abdomen et la propulsion contre les parois des viscères qui y sont contenus. L'acte de soulever des fardeaux, de traîner ou de pousser des charges pesantes, la lutte, l'escrime, le saut et la course, peuvent amener l'issue subite, ou plus souvent l'apparition graduelle de

hernies. Dans tous ces cas, la paroi abdominale affaiblie ne peut résister aux efforts physiologiques et à la pression normale des viscères.

Les mauvais bandages ou les bandages mal appliqués doivent aussi rentrer dans cette classe. Le défaut de réduction ou la mauvaise réduction sont surtout les causes fréquentes des hernies irréductibles par excès de volume. D'ailleurs, Gosselin n'oublie pas d'assigner à ces causes une large part dans la production des grosses hernies.

Nous considérerons donc, avec Reneaulme, Garengot et Scarpa, d'une part, l'affaiblissement de la paroi abdominale ; de l'autre, l'effort sans cesse renouvelé de l'intestin contre le canal inguinal moins résistant, comme les causes pathologiques des hernies qui nous occupent.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Toute hernie étant produite par une sorte de migration des viscères qui refoulent devant eux le péritoine et traversent la paroi abdominale pour proéminer à l'extérieur, nous aurons à envisager successivement dans ce chapitre les modifications survenues, soit dans le trajet, soit dans les enveloppes, soit dans le contenu de la hernie.

1° *Trajet suivi par la hernie.* — Nous rappellerons d'abord en quelques mots l'anatomie normale du canal inguinal. On donne ce nom à un trajet oblique situé dans la région

ilio-inguinale, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale. Ce canal suit la direction de l'arcade fémorale, c'est-à-dire qu'il se dirige en bas, en dedans et en avant.

Le canal inguinal présente quatre parois, deux orifices et un contenu. La paroi antérieure rigide, épaisse et résistante, est formée par l'aponévrose d'insertion du muscle grand oblique. La paroi postérieure est formée par le fascia transversalis fibreux, et au niveau de l'orifice cutané, par la face antérieure du muscle droit. La paroi inférieure qui offre la forme d'une gouttière est constituée par la face supérieure de l'arcade fémorale. La paroi supérieure est formée par des fibres musculaires des muscles petit oblique et transverse.

Le canal inguinal est limité par deux points rétrécis et circonscrits par des intersections aponévrotiques présentant une certaine rigidité. L'orifice péritonéal ou supérieur a la forme d'un croissant fibreux, à concavité externe et supérieure, embrassant le canal déférent et paraissant formé par le tiraillement exercé par celui-ci sur le bord de l'ouverture. Cet orifice, situé à 2 centimètres au-dessus de l'arcade fémorale, est circonscrit par le fascia transversalis qui se déprime pour entrer dans le canal.

L'orifice cutané ou inférieur, de forme ovalaire, est situé au-dessus du corps du pubis, en avant du muscle droit. Son grand diamètre, oblique en bas et en dedans, a une longueur de 2 centimètres et demi à 3 centimètres. Cet orifice, qui résulte de l'écartement des fibres du grand oblique, est limité en dedans par le pilier interne, dépendance du grand oblique, qui s'insère par quelques fibres à l'angle du pubis, les autres fibres allant concourir à la

formation du ligament antérieur de la symphyse du pubis. En dehors, il est limité par le pilier externe, dépendance du grand oblique, qui s'insère par quelques fibres à l'épine pubienne, les autres fibres s'entrecroisant au-devant de la symphyse pubienne avec celles du côté opposé. En bas, il est limité par l'espace qui sépare l'angle de l'épine du pubis et par le ligament de Colles, ou pilier postérieur, qui s'y insère. En haut, il est limité par les fibres en sautoir, fibres aponévrotiques minces venues du grand oblique du côté opposé.

Le canal inguinal livre passage aux éléments du cordon spermatique : le canal déférent, l'artère spermatique, l'artère déférentielle, les veines spermatiques, les vaisseaux lymphatiques, le plexus spermatique, le plexus déférentiel.

Dans les hernies volumineuses, les organes contenus dans l'abdomen traversent le canal inguinal pour se rendre dans le scrotum. Ces hernies transforment en un canal réel, présentant une cavité et une paroi, le trajet en quelque sorte virtuel où elles s'engagent.

Certaines hernies peuvent arriver d'emblée à être sous-cutanées ; mais la plupart éprouvent d'abord un temps d'arrêt au niveau de l'orifice interne du trajet ; puis, cet orifice dilaté, la tumeur s'insinue dans le canal creusé à travers l'épaisseur de la paroi abdominale ; enfin, la hernie éprouve un nouveau temps d'arrêt au moment de franchir l'orifice externe, et ce n'est qu'après avoir vaincu cette dernière résistance qu'elle se montre à l'extérieur.

Le trajet herniaire et les anneaux subissent des modifications notables sous l'influence des actions mécaniques

répétées, produites par le frottement, la pression, l'issue et la rentrée des viscères. Quand, sur une hernie ancienne et volumineuse, on examine l'état des anneaux fibreux, on le trouve en général modifié de la façon suivante : l'orifice que l'anneau circonscrit est fort agrandi, déformé, et présente un contour circulaire bien différent de sa disposition normale. Les faisceaux fibreux ou tendineux qui le limitent sont comme dissociés, écartés les uns des autres, et offrent un défaut de résistance qui les rend impropres à brider l'orifice. Si les deux orifices subissent la même transformation, l'agrandissement de leurs diamètres peut être tel que, séparés d'abord par un trajet oblique assez long, ils finissent par se correspondre, quelquefois même par se confondre : la hernie, qui d'abord était oblique, devient directe ; au lieu de traverser un trajet, elle s'échappe par un seul orifice résultant de la coaptation des anneaux externe et interne.

Les grosses hernies ne se forment pas généralement d'emblée, mais au contraire à mesure que l'anneau se dilate ; c'est ce que Laugier avait remarqué : « Quel que soit, dit-il, le siège et le mode de formation des hernies, elles n'ont pas d'abord un volume considérable, ce sont les plus anciennes qui, en général, si elles n'ont pas été réduites ou maintenues, sont les plus volumineuses ; cela se conçoit, puisque une fois formées elles deviennent beaucoup plus sensibles à l'action des causes efficientes, l'anneau qui leur livre passage se trouvant dans un état continuuel de dilatation. »

2^e *Enveloppes*. — Les enveloppes extérieures du sac, c'est-à-dire les couches formées par le refoulement des plans

anatomiques, cellulieux et aponévrotiques, qui recouvrent l'orifice herniaire et le séparent de la peau, sont le plus souvent très amincies dans les hernies irréductibles par excès de volume. Ce qui s'explique aisément par la distension prolongée et exagérée à laquelle sont soumis ces divers plans.

Le sac herniaire, formé par le péritoine, reproduit par son volume et sa forme ceux de la hernie; il est assez lâchement adhérent aux couches superficielles. Dans les hernies irréductibles par excès de volume, le collet est généralement assez large, très résistant et à bords mous-ses. La surface interne du sac, lisse et libre de toute adhérence, sécrète parfois une certaine quantité de liquide jaunâtre, qui n'est autre chose que de la sérosité, comme le prouve la ponction faite avec l'appareil de M. Potain chez le malade qui fait le sujet de l'observation X, ponction au moyen de laquelle on retira 425 grammes d'une sérosité citrine contenant de la fibrine.

3° *Contenu.* — Si nous examinons, d'après nos observations, quels sont les organes déplacés et renfermés dans les hernies irréductibles par excès de volume et sans adhérences, nous trouvons par ordre de fréquence que l'S iliaque y a été rencontrée six fois, une fois même avec une partie du côlon descendant, mais toujours avec un nombre assez considérable de franges épiploïques hypertrophiées. Puis vient en second lieu l'épiploon que nous y voyons cinq fois. Enfin nous y trouvons deux fois le cœcum et deux autres fois des anses d'intestin grêle. Nous avons en outre cité trois cas où le gros intestin a été rencontré sans que l'on eût indiqué la partie de l'organe déplacée.

D'après ce relevé, nous constatons que ce sont le gros intestin et l'épiploon qui forment de beaucoup la majeure partie de ces hernies.

Etudions maintenant les causes auxquelles peut être attribuée l'irréductibilité de ces hernies. Elle tient certainement à ce que les organes déplacés et modifiés ont acquis un volume tel qu'il ne leur est plus permis de rentrer par l'ouverture qui leur avait donné passage, bien que l'on puisse introduire deux doigts dans l'anneau comme dans l'observation IV, et bien que le collet présente des dimensions assez considérables. Voilà pour l'acte mécanique.

Mais pourquoi ces organes déplacés et contenus dans la hernie ont-ils été soumis à un travail de néo-formation qui rend toute réduction impossible, et quelle lésion a présidé ce travail? La situation anormale, soit de l'intestin, soit de l'épiploon, dans la hernie les expose à des actions mécaniques auxquelles normalement ils sont soustraits, quand ils sont renfermés dans la cavité abdominale. Celles-ci résultent non seulement de l'injure des corps extérieurs dont les enveloppes minces et souples de la hernie ne peuvent défendre l'intestin et l'épiploon, mais de la pression des bandages plus ou moins bien appliqués, et même des frottements répétés que les parties herniées éprouvent dans le sac et dans le trajet qui y conduit. On comprend donc qu'une inflammation chronique se développe surtout dans les hernies habituellement mal contenues, dans les hernies volumineuses, anciennes, et par cela même dépourvues quelquefois de collet, enfin dans les hernies irréductibles. Cette hypertrophie lipomateuse des

appendices graisseux du gros intestin ou de la graisse de l'épiploon, ainsi que l'épaisseur des tuniques de l'intestin, s'expliquent très bien par ce fait que les parties herniées sont soumises à des irritations continuelles et peuvent même être le siège d'un travail subinflammatoire. Oui, l'inflammation chronique d'emblée, voilà l'origine de l'hypertrophie des tuniques intestinales et des productions lipomateuses.

Les parois intestinales, dans l'observation X ont presque 6 millimètres d'épaisseur, et l'intestin est très dilaté. L'examen à l'œil nu montre que cette augmentation d'épaisseur est due à l'hypertrophie des tuniques musculaires, ainsi qu'à la turgescence de la muqueuse et à l'œdème du tissu cellulaire. Voici comment les choses se sont passées, dit Malassez : « Bien évidemment le collet ne s'est pas rétréci ; il a livré passage à une anse hypertrophiée depuis longtemps ; le mésentère étant tendu, plus ou moins comprimé, la circulation intestinale s'est trouvée fort embarrassée, pas assez pour produire une gangrène, mais bien suffisante pour causer de l'œdème et de la congestion. »

Ce qui frappe également dans l'observation IV, c'est l'épaisseur énorme de la paroi intestinale (au moins 1 centimètre) par suite d'une sorte d'infiltration œdémateuse, qui atteint aussi les énormes franges graisseuses qui bordent l'intestin.

C'est ce qui faisait dire à Chassaignac, au sujet de l'observation rapportée par Malassez : « C'est un fait important qu'une hernie n'offrant ni adhérence, ni angle saillant, ni compression circulaire, se trouve irréductible.

Mais il est démontré que, dans les hernies très anciennes, les tissus sortis de l'abdomen s'épaississent et ne peuvent plus rentrer par l'ouverture qui leur a donné passage. »

Si l'on examine l'épiploon contenu dans ces hernies irréductibles, on voit qu'il est modifié dans son aspect et dans sa consistance. Il a perdu sa souplesse, il ne peut se déplier pour s'étaler en membrane extensible et mince ; on y trouve des bosselures qui rappellent au toucher la sensation que donnent certains lipomes, et qui sont constituées par des accumulations de graisse ou par des dépôts plastiques ayant acquis une dureté fibreuse. Souvent la portion d'épiploon contenue dans le fond du sac est renflée, comme dans l'observation I, où elle forme en quelque sorte un bourrelet sur tout le pourtour ; et, comme son diamètre dépasse le calibre du sac, comme elle a perdu sa souplesse et son extensibilité, on ne peut parvenir à la réduire. Ce travail s'est fait à la longue, par suite d'une inflammation chronique, sans que son développement se soit accompagné des signes qui révèlent une inflammation vive de la hernie ou une autre complication appréciable. En un mot, l'augmentation de volume de l'épiploon hernié résulte de phénomènes inflammatoires à début lent et à marche chronique.

La marche de ces lésions, et ces lésions elles-mêmes, ont été bien décrites par Gosselin dans une de ses cliniques, au sujet d'une épiplocèle irréductible : « Quelle est la lésion, dit-il, qui produit les variétés de consistance et surtout les indurations si remarquables de cette tumeur constituée par de l'épiploon ? Ce sont des transformations fibreuses ou fibroïdes consécutives à l'inflammation. Il

s'est fait à la surface et dans l'intérieur de cet épiploon enflammé un exsudat plastique, ou, comme on l'admet aujourd'hui, une prolifération cellulaire, puis un processus qui a transformé cet exsudat et ces cellules en un tissu dense résistant, peu vasculaire, qui présente à l'œil nu et au microscope les apparences du tissu fibreux. Les histologistes diraient que l'ensemble de ce travail a produit une néoplasie ; il y a là une transformation fibreuse donnant à l'ancien épiploon la consistance dure par places, et quelquefois même la consistance ligneuse. Ce qu'il y a de très remarquable et ce que Velpeau a bien indiqué lorsqu'il a décrit ces transformations c'est qu'elles se font sous l'influence d'un travail inflammatoire très lent, souvent larvé se traduisant cependant quelquefois à un moment ou à l'autre, par des poussées inflammatoires. »

Mais pourquoi cet épiploon induré par places est-il donc irréductible ? L'augmentation de volume est une des conséquences de l'épiploïde. Lorsque celle-ci est aiguë ou subaiguë, ses produits inflammatoires peuvent parfois se résorber, et la partie herniée reprenant les dimensions antérieures peut rentrer dans la cavité abdominale. Lorsque, au contraire, l'inflammation est chronique d'emblée, la résorption n'a pas lieu, et l'épiploon hernié, en même temps qu'il s'indure par places, s'épaissit dans toute son étendue et grossit par l'extension du travail néo-plasique. C'est donc, tout à la fois, parce qu'il est plus volumineux et moins souple, qu'il ne peut plus repasser par l'ouverture, devenue trop étroite pour lui.

Si l'irréductibilité tient le plus souvent au volume et à l'épaisseur du contenu de la hernie, on rencontre quel-

quefois des hernies, renfermant soit l'épiploon, soit l'intestin avec des franges épiploïques, dont l'irréductibilité est due uniquement à la consistance de l'épiploon. L'épiploon, au lieu d'être souple, est bosselé, dur, rétracté, comme tout tissu scléreux. Les appendices épiploïques se présentent sous forme de petites boules à aspect lardacé, dû à la transformation du tissu graisseux qui les constitue. Ces petites masses indurées, qui ne se laissent nullement déprimer, ne peuvent désormais franchir l'anneau inguinal. La hernie de cet enfant de 4 ans, qui fait le sujet de l'observation VI, nous en fournit un exemple. L'intestin ne peut rentrer dans l'abdomen, à cause de la consistance des franges épiploïques; et ce n'est qu'après une dilatation de l'anneau inguinal qu'il regagne son premier domicile.

Mais puisqu'il y a eu inflammation, pourquoi n'y a-t-il pas d'adhérences, pourrait-on objecter? Nous savons bien que c'est le propre des membranes séreuses, lorsqu'elles s'enflamment, de produire à leur surface pariétale et viscérale des fausses membranes, lesquelles, en se confondant, établissent entre ces parties des connexions qui n'existaient pas d'abord. L'épiploïte parenchymateuse qui donne les transformations coïncide souvent avec l'épiploïte superficielle qui donne les adhérences. Les deux processus peuvent se produire simultanément et marcher de pair, mais ils peuvent aussi exister l'un sans l'autre, comme nous l'enseignent nos observations. Les adhérences surviennent, lorsqu'il y a eu des poussées inflammatoires assez fréquentes et assez vives, mais non assez aiguës pour arriver, soit à l'étranglement, soit à la perforation.

Tandis que, si l'inflammation a été chronique dès le début il n'y a généralement qu'épiploïte parenchymateuse.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE DES SYMPTÔMES.

Ayant trouvé dans le contenu des hernies que nous étudions, tantôt l'intestin et l'épiploon, tantôt l'épiploon seul, nous examinerons en premier lieu les symptômes des hernies intestinales et intestino-épiploïques, et en second lieu ceux des épiplocèles.

Les hernies intestinales et intestino-épiploïques se présentent sous l'aspect de volumineuses tumeurs remplissant le scrotum et le pli de l'aîne. Leur grosseur est excessivement variable. Beaucoup ont le volume de deux poings; d'autres dépassent ce volume, atteignant même la grosseur d'une tête d'adulte, comme par exemple chez le malade de l'observation IV. Le volume varie même suivant que les malades sont couchés ou debout.

Ces tumeurs forment des tumeurs ovales ou bien pyriformes, dont la partie rétrécie occupe la partie supérieure du scrotum et le pli de l'aîne, ce qui constitue leur pédicule. Elles semblent attirer la peau de la verge et même celle de l'abdomen. Leur volume arrive parfois à masquer le pénis et le scrotum du côté opposé, ainsi que cela a été noté dans les observations. Ordinairement la peau du scrotum n'a changé ni de température, ni de coloration; parfois cependant elle peut être tendue, amincie, devenir le siège d'un érythème plus ou moins persistant.

Les enveloppes scrotales recouvrent la hernie sans lui adhérer. On sent toujours distinctement le testicule au-dessous et derrière la tumeur. Si la hernie est si volumineuse, qu'on ne puisse toucher facilement le testicule, on peut toutefois découvrir qu'il est placé sur la tumeur à l'endroit déterminé; car, si on presse fortement avec les doigts sur cet endroit, le malade sentira la douleur particulière et propre au testicule qu'une pression sur cet organe occasionne toujours. La hernie distend d'une façon à peu près uniforme toute la région scrotale, le testicule du côté sain étant situé bien au-dessus de l'extrémité inférieure de la tumeur, le raphé étant attiré par le fait de la distension de la peau sur la hernie qu'il divise en moitiés presque égales. Cette tumeur se continue, jusqu'au-dessus de l'arcade de Fallope, par une saillie qui s'atténue peu à peu et présente d'ailleurs les mêmes caractères physiques que le reste de la hernie.

Les anneaux sont très dilatés, de telle sorte que l'on peut aisément, en refoulant les enveloppes de la hernie, introduire plusieurs doigts jusqu'à l'anneau inguinal interne. Si l'on pratique un palper soigneux et méthodique, on constate que la tumeur est molle, dépressible, rénitente, peu sensible à la pression. Si l'intestin est renfermé dans le sac, on éprouve la sensation de gargouillement, produite par les gaz qui y sont contenus, phénomène plus difficile à percevoir; si la hernie contient en même temps de l'épiploon. La tumeur présente une impulsion manifeste dans la toux et dans les efforts. Une palpation plus attentive fait reconnaître des nodosités dures, disposées en chapelet ou en grappe, qui révèlent l'existence

d'une portion d'épiploon induré et augmenté de volume. N'est-ce point là, en effet, cette masse irrégulière, mamelonnée, consistante, formée par l'S iliaque avec ses huit ou dix franges épiploïques hypertrophiées, telle qu'elle est décrite dans l'observation V. Ces franges épiploïques peuvent donc dans certains cas induire en erreur et faire prendre une hernie intestinale pour une épiplocèle, tellement le gros intestin offre parfois la sensation de l'épiploon.

La percussion révèle que la hernie est sonore dans toute son étendue, ou bien mate dans un point, sonore dans l'autre. Dans le premier cas, on a affaire uniquement à l'intestin, dans le second, à l'intestin et à l'épiploon réunis.

Enfin, dans aucun cas, même avec le taxis le plus méthodique et le plus soigné, on ne peut faire rentrer dans la cavité abdominale les parties herniées; la hernie est bien irréductible.

Ces hernies volumineuses deviennent presque toujours la cause d'une très grande gêne, tant par les froissements auxquels elles sont exposées dans les mouvements que par les coliques et les troubles des fonctions digestives qu'elles déterminent. Les troubles gastro-intestinaux sont caractérisés par des coliques et de la dyspepsie, dus au tiraillement exercé sur l'estomac par la masse des viscères qui a fait saillie à l'extérieur de la cavité abdominale.

Examinons maintenant les signes qui sont propres aux hernies volumineuses ne renfermant que l'épiploon seul. Nous ne nous attarderons point sur le volume et l'aspect qu'offrent ces tumeurs, car les caractères que nous venons d'indiquer au sujet des hernies intestinales et intestino-épiploïques, s'appliquent également aux épiplocèles.

Comme signes physiques, on voit dans le scrotum une tumeur allongée, plus grosse en bas qu'en haut, qui descend jusqu'au niveau du testicule sans se confondre avec lui. Il y a même entre ce dernier et le bas de la tumeur une ligne de démarcation qui est indiquée par la possibilité de sentir, en refoulant les tissus au moyen d'une pression avec deux doigts, un sillon de séparation assez prononcé. La tumeur ne se limite pas à l'anneau inguinal, elle se prolonge dans le canal, au niveau duquel elle fait un relief peu prononcé sans doute, mais appréciable à la vue et encore mieux au toucher, car on sent sur tout le trajet inguinal une résistance, et, par places, des indurations qui ne se sentent pas du côté opposé.

On ne trouve nulle part de fluctuation, et il n'y a pas la moindre transparence. Cette tumeur est mollassse et cède sous la pression des doigts ; mais sa consistance n'est pas uniforme. Sur certains points elle est dure, très résistante, ne s'affaisse aucunement sous les doigts qui la pressent.

A la percussion, on trouve une matité absolue sur les divers points de la tumeur. Ces hernies ne présentent point de gargouillement. Si l'on a soin de faire tousser le malade pendant que la main enveloppe la tumeur, on n'a pas l'augmentation de volume que donne une hernie réductible ; on sent seulement une petite impulsion. Elle est analogue à celle que l'on ressent dans les cas où une tumeur adhérente à la paroi abdominale participe à l'impulsion communiquée par un effort tant soit peu considérable. Ce n'est en effet qu'une impulsion, ce n'est pas une augmentation de volume, la sensation donnée à la main par ces deux phénomènes n'est pas la même.

Il faut chercher, en outre, si plus haut que le canal inguinal et dans l'abdomen, on peut sentir une portion abdominale de l'épiploon tendue, résistante, et formant ce que Velpeau a nommé la corde épiploïque.

Enfin, on ne peut, même avec un taxis répété à plusieurs jours d'intervalle, faire rentrer dans la cavité abdominale quoi que ce soit de la tumeur. Bien que l'anneau soit perméable et bien qu'on puisse souvent y introduire deux doigts, la masse contenue dans le scrotum vient butter contre lui et ne peut le franchir. En un mot, la hernie est irréductible à cause de ses dimensions exagérées.

Il existe des hernies épiploïques volumineuses qui n'exposent qu'à des troubles fonctionnels modérés; mais le plus souvent ceux qui les portent sont sujets à des symptômes des plus pénibles: coliques dans le ventre et la hernie, tiraillements épigastriques, sensation de faiblesse et d'impotence, phénomènes dyspeptiques, vomissements fréquents et constipation rebelle. L'épiploon descendu dans le scrotum produit tous ces troubles, à raison de ses connexions avec divers viscères du bas-ventre, surtout avec l'estomac. Il tiraille nécessairement l'estomac et l'arc du côlon, et ce tiraillement est vraisemblablement la cause de tous les accidents du côté de l'estomac. L'épiplocèle incommode surtout après le repas. Quand l'estomac est rempli, son bord inférieur s'élève, tend par conséquent l'épiploon, ce qui doit occasionner un tiraillement à l'estomac.

Si ce tiraillement ne produit dans le commencement qu'une irritation à l'estomac et au côlon, il est vraisemblable que par la suite il cause un changement dans la situation de ces parties. Un fait observé par Michou et

présenté à la société d'anatomie viendrait à notre appui. Voici ce que Michou a constaté dans une autopsie: « Le scrotum renfermait une tumeur pyriforme constituée par l'épiploon, ayant 16 centimètres de hauteur et 10 de largeur à la partie moyenne. L'angle de réunion des côlons ascendant et transverse appuyait sur l'anneau inguinal. L'estomac, entraîné à la suite du côlon, subit une vérifiable déformation: ses extrémités cardiaque et pylorique étaient restées dans leur position; le viscère était considérablement allongé, replié sur lui-même, la partie la plus inférieure étant au niveau de l'angle sacro-vertébral. Le cœcum n'avait pas été déplacé. L'intestin grêle était en arrière de l'estomac et des côlons, sans déplacement notable. »

C'est à cette position contre nature et à cette irritation qu'on doit sans doute attribuer les attaques fréquentes de hoquet, de vomissement, les coliques, les indigestions, le défaut d'appétit et le marasme qui accompagnent ordinairement les hernies épiploïques volumineuses et irréductibles.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Les signes particuliers joints aux signes généraux que nous venons d'étudier dans le chapitre précédent permettront toujours au chirurgien de distinguer les hernies volumineuses et irréductibles d'avec les autres tumeurs

qui peuvent se rencontrer dans cette région. Toutefois, nous allons examiner quelques-unes de ces dernières, qui pourraient peut-être faire naître quelque doute dans l'esprit du chirurgien.

Nous trouvons d'abord la hernie crurale. Si ces deux variétés de hernie peuvent être confondues, tant qu'elles n'ont qu'un petit volume, elles ne sauraient être prises l'une pour l'autre, lorsqu'elles sont volumineuses et irréductibles. La hernie crurale fait saillie au niveau des vaisseaux fémoraux, la hernie inguinale est scrotale ou labiale.

On aura rarement l'occasion de constater dans les bourses un abcès par congestion, car la collection purulente suit généralement une autre voie, la gaine du psoas. D'ailleurs, il suffira pour établir le diagnostic, de rechercher les phénomènes inflammatoires qui ont accompagné la production et l'accroissement de la collection purulente, et de reconnaître l'existence d'un point douloureux fixe sur la colonne vertébrale.

En présence d'une tumeur du scrotum, on peut songer soit à une tumeur du testicule ou de son enveloppe séreuse, soit à une tumeur du cordon. Les diverses tumeurs du testicule, lorsqu'elles sont assez volumineuses pour distendre le scrotum, peuvent faire croire à une hernie inguinale irréductible. Certainement les duretés et les bosselures que l'on sent, soit dans les épiplocèles, soit dans les hernies intestinales avec des franges épiploïques hypertrophiées, rappellent les caractères de certains sarcocèles cancéreux et syphilitiques ; mais, du moment où l'on trouve le testicule bien distinct, avec sa forme et sa consistance norma-

les, on peut affirmer qu'il n'y a ni lésion cancéreuse ni lésion syphilitique.

Ce diagnostic est justifié par la sensation particulière qu'éveille la pression sur les diverses parties contenues dans le scrotum ; en bas c'est la douleur vive et spéciale que donne le testicule, en haut c'est la sensation pénible, mais beaucoup moins caractérisée, que donne la pression d'une partie quelconque modérément enflammée. L'absence de fluctuation et de transparence éloignent également l'idée d'une hydrocèle ou d'une hématocele. En outre, ces dernières se montrent d'abord à la partie inférieure du scrotum, s'étendent vers le haut et atteignent l'anneau inguinal ; la hernie au contraire apparaît à l'anneau inguinal.

Pourrait-on confondre une hernie avec une tumeur du cordon, développée aux dépens du tissu cellulaire ou des autres parties constituantes de cet organe ? Non, car de quelle tumeur pourrait-il être question ? La funite aiguë est plus douloureuse ; la funite chronique ne se voit pas sans un point de départ du côté du testicule et surtout de l'épididyme ; puis, elle n'atteint pas un volume aussi considérable sans avoir présenté des poussées aiguës ou subaiguës. Le cancer du cordon ne se montre pas sous une telle masse, sans que le testicule ait été envahi et sans que la santé générale soit amoindrie par la propagation du cancer au péritoine ou aux ganglions lombaires et par un commencement de cachexie. Le varicocèle offre quelquefois beaucoup de ressemblance avec la hernie épiploïque scrotale. Mais, lorsque les veines variqueuses sont perméables, elles forment un gonflement mollassé, au lieu du gon-

flement dur de l'épiplocèle irréductible ; et ce gonflement disparaît par le décubitus horizontal, tandis que dans l'épiplocèle le volume ne diminue et n'augmente en rien sous l'influence des changements d'attitude. Enfin le varicocèle apparaît au début à la partie inférieure du scrotum et monte vers l'anneau inguinal, à mesure qu'il devient plus volumineux ; on observe le contraire dans l'épiplocèle.

Après avoir étudié le diagnostic différentiel des diverses tumeurs qui peuvent se rencontrer dans la région inguinale, nous allons passer successivement en revue les diverses variétés de hernies irréductibles et les différencier de celles qui font l'objet de notre étude.

Si nous n'avons point compris dans notre cadre les hernies d'un volume extraordinaire, les hernies qui, suivant l'expression de J. L. Petit, ont perdu droit de domicile dans la cavité abdominale, c'est qu'elles ne sont pas, à vrai dire, irréductibles ; ce sont plutôt des hernies impossibles à contenir, des hernies incoercibles. Telle est l'observation de Dupont présentée à la Société Vaudoise de médecine le 3 mars 1881 ; il s'agit d'une tumeur descendant jusqu'aux genoux et empêchant absolument son porteur de travailler. Telle est encore l'observation de Thiry, présentée à l'Académie de médecine de Belgique en 1881 ; un homme, âgé de 40 ans, porte depuis 20 ans une hernie inguinale volumineuse qui descend dans les bourses et arrive à deux centimètres du genou.

Essaye-t-on de réduire ces hernies, on remarque que les anses intestinales se laissent refouler sans difficulté au travers des anneaux ; mais, à mesure qu'on les réduit, de nouvelles portions d'intestin glissent entre les doigts du

chirurgien et viennent remplacer dans le sac herniaire celles que l'on a repoussées dans l'abdomen. En un mot, ces hernies tendent sans cesse à regagner leur domicile habituel.

Les hernies étranglées présentent des symptômes qui ne permettent pas de les confondre avec les hernies irréductibles par excès de volume. L'étranglement se révèle parfois par la tension, plus souvent par la rénitence, mais toujours par l'irréductibilité de la tumeur, phénomènes qui, dès le début, sont accompagnés de douleur. Le caractère le plus essentiel de ces deux variétés de hernies est de résister aux pressions méthodiquement dirigées qui, à l'état habituel, ont pour effet de refouler le contenu dans l'abdomen et de faire disparaître la tumeur.

Mais si ces symptômes communs pouvaient faire naître quelques doutes dans l'esprit du chirurgien, la constatation de vomissements fécaloïdes et d'une constipation opiniâtre doit bien vite les dissiper. Dans les hernies étranglées on observe du côté de l'abdomen et du tube digestif des symptômes qui ne font jamais défaut : ce sont des vomissements, qui, d'abord constitués par les aliments contenus dans l'estomac, deviennent bientôt muqueux, puis bilieux. Du troisième au cinquième jour, les matières vomies prennent une coloration jaunâtre, sont mal liées et ressemblent à une sorte de bouillie tenant souvent en suspension des flocons verdâtres formés par les débris alimentaires colorés par la bile. L'odeur de ces matières est fade et repoussante ; d'où leur nom de fécaloïdes. Ce n'est point là l'aspect des vomissements qu'ont les malades atteints de hernies irréductibles par excès de volume.

Si l'on a soin ensuite d'interroger les malades, ils vous apprennent qu'ils ne rendent plus par l'anüs ni gaz ni matières fécales. En même temps on voit se produire un ballonnement plus ou moins considérable de l'abdomen.

A tous ces signes viennent s'ajouter des symptômes généraux, tels que dépression des forces, pâleur de la face, refroidissement des extrémités, sueur froide, petitesse du pouls. Le visage présente cet aspect particulier auquel on donne le nom de faciès abdominal : les yeux semblent excavés, le nez et les pommettes plus saillants ; la peau a une teinte grisâtre et terreuse ; quelquefois les lèvres, le nez, les doigts sont cyanosés. Ce sont tout autant de caractères qui ne permettent point de confondre une hernie irréductible par étranglement avec une hernie irréductible par excès de volume.

Nous appellerons maintenant l'attention sur une cause rare, il est vrai, mais digne d'un vif intérêt, d'irréductibilité herniaire ; car, on pourrait être tenté d'attribuer l'irréductibilité au volume de la hernie. Ces hernies peuvent atteindre un volume assez considérable, le volume du poing par exemple. Ce sont des tumeurs peu tendues, indolentes, mates ou sonores, suivant qu'elles renferment l'épiploon ou l'intestin, mais entièrement irréductibles. L'irréductibilité est due à la présence d'une ou plusieurs valvules à l'intérieur du sac, qui fonctionnent comme les valvules aortiques, ainsi que le démontre une observation de M. Decressac que nous reproduisons :

« Le nommé F... L..., âgé de vingt ans, opéré à l'hôpital Saint-Louis par M. Prengrueber, remplaçant M. Péan, portait depuis sa première jeunesse une hernie inguinale

droite congénitale, dont la marche avait été extrêmement intéressante. Petite au début, elle s'était accrue en plusieurs fois sous l'influence de quintes de toux et d'autres efforts, sans jamais rien perdre du volume une fois acquis.

L'examen, pratiqué avant l'opération, nous avait montré une hernie du volume du poing, peu tendue, à consistance épiploïque, indolente, mais complètement irréductible, ce que rien dans les antécédents ne pouvait expliquer; il n'y avait aucun signe d'étranglement, pas d'inflammation ancienne et certainement pas d'adhérences, il ne fallait pas songer davantage à incriminer le volume de la tumeur.

L'opération fut décidée à cause de l'irréductibilité. Tout d'abord on put constater que nos prévisions, au sujet de la nature du contenu et de l'absence d'adhérences, étaient justes.

Par contre, le sac, dans son trajet inguinal, portait une valvule en nid de pigeon, souple, assez épaisse, et ayant une hauteur de près de deux centimètres. Cette valvule avait sa concavité tournée vers la partie inférieure et ne s'insérait que sur la moitié interne de la circonférence du conduit; assez flexible pour se rabattre sur la paroi d'insertion, elle était assez large pour arriver au contact de la paroi opposée. Analogue aux valvules aortiques, elle devait fonctionner comme elles. En effet, elle n'opposait aucun obstacle à la masse venant de l'abdomen; l'épiploon, dans sa descente, appliquait la valvule sur la paroi d'insertion et trouvait partout un passage de calibre égal. Si, par une manœuvre inverse, on tentait de faire la réduction, l'épiploon hernié s'engageait dans la concavité de la valvule, lui

donnait son maximum d'amplitude, en l'appliquant d'autant plus sur la paroi opposée que la pression était plus forte. Une tentative de ce genre faite pendant l'opération, nous a permis de constater, de visu, la réalité de ce mécanisme. Cette valvule, permettant l'entrée et interdisant complètement la sortie, formait donc une sorte de piège mécanique, si l'on peut dire ; l'évolution clinique d'ailleurs, nous a appris que le sac n'avait jamais rendu sa proie.

Cette valvule diffère des anomalies décrites par Ramonède, où il s'agit plutôt de diaphragmes complets ou incomplets, plus rigides, plus tranchants, formant un rétrécissement très net, s'opposant aussi bien à la sortie qu'à la rentrée des organes abdominaux, et constituant par leur seule présence une menace d'étranglement. Or, rien de ceci n'existait dans la valvule que nous avons observée, et qui méritait réellement le nom de valvule, car elle ne produisait aucun rétrécissement dans le calibre du trajet inguinal, et n'amenait que par son fonctionnement une irréductibilité simple. »

Ce cas, ajoute M. Decressac, était le quatrième du même genre, opéré par M. Prengrueber dans le service pendant le mois.

Pour faire le diagnostic de cette cause d'irréductibilité, il s'agit de suivre l'évolution de la hernie ; l'interrogatoire du malade fournira les éléments essentiels du diagnostic. Le malade apprend que la hernie a commencé par un petit volume et a été irréductible dès le premier moment de l'apparition. Elle a ensuite augmenté successivement sous l'influence de quintes de toux ou d'un effort, sans

jamais rien perdre du volume une fois acquis. La tumeur n'a jamais présenté ni symptômes d'inflammation, ni symptômes d'étranglement; elle est et a toujours été indolente. Aucune autre variété de hernie n'offre de tels signes; aussi ne la confondra-t-on point avec la hernie irréductible à cause de son volume, si l'on en suit attentivement la marche.

S'il est facile de distinguer les variétés de hernies dont nous venons de nous occuper, nous ne saurions en dire autant des hernies irréductibles par adhérences. Comment dire en effet que dans telle hernie il y a adhérences et que dans telle autre il n'y en a point! Ces deux classes de hernie présentent les mêmes symptômes, à tel point qu'on avait cru à des adhérences dans la plupart des observations que nous avons relatées.

Les hernies compliquées d'adhérences ont été maintes fois peut-être, ou quelquefois du moins, atteintes d'inflammation aiguë, tandis que dans les hernies absolument libres d'adhérences on notera très rarement les symptômes de l'inflammation aiguë; dans ces dernières l'inflammation a été chronique d'emblée. Dans les hernies adhérentes, il y a eu inflammation parenchymateuse et inflammation superficielle; dans les hernies, non adhérentes il y a eu uniquement inflammation parenchymateuse. Aussi, dans les premières l'inflammation superficielle pourra parfois se transmettre aux couches cutanées et sous-cutanées, et faire du moins soupçonner de la sorte, sinon affirmer, l'existence des adhérences. Mais, quant à vouloir établir une règle précise, il est absolument impossible. L'opération seule, dans la plupart des cas, pourra confirmer le diagnostic. D'ail-

leurs, l'opération elle-même n'en sera que plus facile, lorsqu'il s'agira de hernies non compliquées d'adhérences.

CHAPITRE V

COMPLICATIONS ET PRONOSTIC.

Le pronostic des hernies volumineuses et irréductibles est loin d'être des plus bénins; bien que l'étranglement soit moins fréquent dans ces hernies que dans les petites hernies, elles n'en présentent pas moins de sérieuses complications.

Les blessures accidentelles peuvent atteindre ces hernies et intéresser les viscères qui y sont contenus. Les contusions peuvent déterminer une hématocele du sac (A. Cooper); une péritonite mortelle peut en être la conséquence, comme dans un fait signalé par Rochard dans la *Gazette des hôpitaux*.

L'application des appareils de contention détermine souvent sur la peau l'apparition d'érythème humide, d'eczéma, qui deviennent le point de départ d'un suintement fétide qui souille les appareils, d'inflammations lymphangitiques et ganglionnaires, d'ulcérations plus ou moins profondes. Celles-ci peuvent amincir les téguments au point d'en favoriser la rupture; Marsenne et Erskine-Mason ont rapporté l'observation de malades chez lesquels le frottement des vêtements avait suffi pour déterminer à la longue cet accident. Gosselin a vu la pression prolongée d'un bandage trop dur amener la production d'une eschare dont l'élimination fut suivie d'un tétanos mortel. Sans que

les choses en arrivent à ce point, il est fréquent d'observer des malades chez lesquels ces lésions de la peau rendent le port de tout appareil absolument impossible.

Dans ces hernies volumineuses, la verge quelquefois est cachée sous la peau, et le prépuce ne forme qu'une espèce de nombril à la partie supérieure et antérieure du scrotum, gêne dont on comprendra facilement l'importance, surtout si le sujet est jeune. L'urine coule sur le scrotum, cause de la démangeaison, de la rougeur, et même des excoriations, des ulcérations sur la partie antérieure de la tumeur. Un tel homme n'est propre à aucune des fonctions qui exigent un emploi de forces, ou la station debout, ou une marche prolongée.

La portion d'intestin ou d'épiploon herniée excite nécessairement dans les parties de la cavité abdominale, avec lesquelles elles sont unies, un tiraillement, une tension; nous avons déjà suffisamment insisté sur ce point pour ne pas y revenir. De l'irritation que produit ce tiraillement, naissent les différents maux d'estomac, les malaises, les vomissements, la digestion difficile, les coliques, la fréquente envie d'uriner ou d'aller à la selle. Ces malades seront obligés de porter constamment un bandage qui augmentera le volume de la tumeur; encore ce bandage sera-t-il plus ou moins défectueux. Mais à tous ces accidents auxquels sont exposés les malades peuvent s'en ajouter deux autres bien plus graves et bien plus redoutables, l'inflammation aiguë et l'étranglement avec ses suites, gangrène et perforation de l'intestin.

Aussi sommes-nous en droit de conclure, vu tous ces dangers, que le pronostic est parfois sombre et justifie par le fait même toute intervention opératoire.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT.

Nous venons de montrer que les hernies volumineuses et irréductibles peuvent être le point de départ d'accidents graves et sont toujours du moins une cause de gêne pénible pour les malades. Dès lors, quelle conduite faut-il tenir pour les débarrasser de leur infirmité ?

Nous avons entre nos mains des moyens qui nous permettent d'espérer que ces malades en retireront un avantage réel. Deux méthodes essentiellement différentes se présentent à nous : la réduction de la hernie par le repos et la compression, ou bien la cure radicale.

Voici comment M. Segond, dans sa thèse d'agrégation, formule les principales données du traitement pour la première méthode : « le repos, les purgatifs, la demi-diète, les tentatives rares de réduction sont, dit-il, les éléments essentiels du succès. » Des faits nombreux prouvent que des hernies irréductibles soumises au repos et à une compression douce et méthodique ont fini par rentrer dans la cavité abdominale. Arnaud est l'un des premiers chirurgiens qui ont traité les hernies irréductibles par le repos, les bains et les purgatifs ; il a ainsi réduit une hernie scrotale fort considérable, irréductible depuis longtemps. Au bout d'un mois, la tumeur avait assez notablement diminué pour qu'on pût mettre un bandage à pelote concave ; au bout d'un autre mois, tout avait disparu, et le bandage à pelote convexe pouvait être employé.

Gosselin a obtenu le même résultat chez un lieutenant d'infanterie, qui portait une hernie inguinale irréductible depuis dix ans. Cet officier garda le lit, prit deux purgatifs et un bain par semaine, se soumit à une nourriture légère et conserva un cataplasme sur la tumeur. Au bout de six semaines, la hernie se réduisit spontanément. Gosselin cite deux autres cas pour lesquels il a obtenu le même résultat; mais chez l'un de ces malades la hernie s'est reproduite trois semaines après.

M. Segond rapporte que 17 malades atteints de hernies irréductibles (un de Gosselin, un de M. Berger, deux de M. Reclus et treize de Trélat), ont tous été guéris sans l'ombre d'un péril connu. M. Berger maintint le malade au lit, le soumit à un régime léger et fit de la compression ouatée avec une bande de caoutchouc; un mois plus tard la hernie cédait à un taxis modéré. M. Reclus guérit par le repos, les purgatifs et la compression élastique deux énormes épiplocèles inguinales irréductibles depuis 9 et 15 mois. Trélat recommandait également à ses malades le repos et la compression.

M. Meyville dans sa thèse rapporte l'observation de sept malades porteurs de hernies volumineuses et irréductibles qui toutes ont été guéries par le repos et une pression continue au moyen d'un sac de plomb, employé et préconisé par Broca. C'est le succès obtenu par cette méthode qui faisait dire à Broca qu'il n'y avait point de hernie irréductible.

M. Meyville relate en outre deux autres faits, l'un appartenant à M. Tillaux et l'autre à M. le Fort. Dans le premier cas, le malade confectionna lui-même une pelote en

bois qu'il tailla avec son couteau. Cette pelote comprima d'abord la hernie sans la maintenir complètement; mais, en persistant, en modifiant au fur et à mesure la pelote qu'il s'était construite, le malade parvint à maintenir sa hernie et à triompher là où les chirurgiens de Bicêtre avaient échoué. Dans le second cas, le malade n'avait pu trouver de bandage capable de contenir sa hernie; il en construisit lui même un avec un succès complet.

Enfin M. Lannelongue emploie également la compression continue au moyen du sac de plomb; mais il agit de toute autre façon et dans un but de thérapeutique différent. Il comprime la paroi abdominale au moyen d'un sac de plomb immédiatement au-dessus du pédicule herniaire, et il obtient ainsi une fatigue des muscles et un taxis infiniment plus facile. Il a communiqué à la société de chirurgie deux observations où il obtint la réduction par ce moyen.

Il est donc certain que l'on réduit des hernies irréductibles par une compression lente et méthodique de la hernie, en associant à ce traitement local une diète modérée et quelques purgatifs. Mais ces hernies sont-elles réellement guéries? Assurément non; il faut au malade souvent ignorant et exposé à des travaux pénibles un bandage de force à grosse pelote convexe, exerçant sur l'anneau inguinal une forte pression. La contention est parfois douloureuse et insuffisante. Comment en serait-il autrement avec cette faiblesse de parois abdominales et avec cette dilatation de l'anneau inguinal?

Nous devons en second lieu nous demander si, par ce moyen, on ose espérer la réduction de toutes les hernies irréductibles, et principalement de celles que nous étudions. Ces

masses lipomateuses, indurées, lobulées, constituées soit par l'épiploon, soit par les franges épiploïques, dont la sclérose ou transformation fibreuse s'est faite plus ou moins lentement, ne pourront point le plus souvent franchir le collet. Le patient, et par suite son épiploon, ne pourra maigrir suffisamment et favoriser ainsi la resorption des matériaux plastiques interstitiels et périphériques, ainsi que se le proposait Gosselin. D'ailleurs, même après l'ouverture du sac, il est parfois impossible de faire rentrer les parties herniées dans la cavité abdominale, et l'on est obligé de débrider, ainsi que l'ont fait M. Schwartz et M. Peyrot.

Gosselin lui-même a reconnu son impuissance et est resté désarmé en présence d'une vieille épiplocèle irréductible. Voici comment il s'exprime : « J'ai bien peu de choses à faire à ce malade. Je lui ai prescrit des cataplasmes. Je le laisserai en repos tant que la tumeur sera douloureuse. Puis, quand la sensibilité sera émoussée, je lui conseillerai le bandage français à pelote concave triangulaire et recourbée, avec sous-cuisse attaché au sommet du triangle. Mon but, en lui prescrivant ce bandage, qu'il retirera d'ailleurs la nuit, est d'empêcher la descente de l'intestin qui, si elle ne s'est pas produite jusqu'à présent, peut toujours avoir lieu d'un instant à l'autre, et en même temps de maintenir sur l'épiplocèle une compression qui s'opposera à son accroissement et peut-être à son inflammation. »

Enfin les malades se soumettront difficilement à un traitement long, incertain et souvent inefficace.

Il nous reste maintenant à exposer la méthode de la

cure radicale et à montrer ensuite ses avantages. Nous ne saurions mieux faire qu'emprunter les principales règles de la conduite à suivre dans cette opération au mémoire de M. Lucas-Championnière.

Avant d'entreprendre l'opération, le chirurgien doit être sûr de l'asepsie des instruments, des compresses, des éponges et des pièces destinées au pansement, ainsi que de l'asepsie de ses mains et de celles de tous ses aides. Les instruments et les pièces pour le pansement auront été stérilisés à l'autoclave à une température de 120 degrés. Les compresses, après avoir longuement bouilli, seront tenues dans une solution d'acide phénique; il en sera de même pour les éponges et les tampons destinés à mettre à sec le champ opératoire. Les mains de l'opérateur et des aides doivent être soigneusement savonnées, brossées, lavées à l'eau bouillie, puis à l'alcool et enfin à une solution de sublimé.

Le nettoyage de la région opératoire ne doit pas surtout être négligé. La région est lavée au savon et à l'eau phéniquée à 1/20, puis elle est rasée avec soin. Après le passage du rasoir, on lave de nouveau à l'eau phéniquée à 1/20 et à l'alcool; puis, des compresses trempées dans la solution phéniquée à 1/40 sont laissées sur place, pendant qu'on chloroformise le malade.

Durant l'opération on désinfecte l'air atmosphérique au moyen de la pulvérisation d'eau phéniquée à 1/20. M. Lucas-Championnière ne néglige jamais de se servir de son pulvérisateur.

Nous insistons sur ces détails minutieux, car d'eux seuls dépend le succès opératoire; et de la sorte, cette

opération réputée si grave deviendra des plus bénignes.

Toutes les précautions antiseptiques bien prises, la peau est incisée au niveau de l'anneau inguinal sur une hauteur de 8, 10, 12 centimètres, suivant le volume de la hernie. On arrive sur le sac herniaire, lequel est mis à nu par une dissection attentive et après une hémostase superficielle soignée. Le sac est ouvert et détergé; les lèvres de l'incision du sac sont saisies dans des pinces à forcipressure.

Après l'ouverture du sac on a sous les yeux le contenu de la hernie, c'est-à-dire dans les cas que nous envisageons, ou une grosse masse d'épiploon, ou un intestin avec des franges épiploïques très hypertrophiées. Si la hernie renferme l'intestin avec des franges épiploïques, on peut, ou bien réséquer ces franges après ligature préalable au catgut, ou bien ouvrir largement l'abdomen en incisant le trajet inguinal; la réduction de l'intestin est ensuite très facile. Si l'on rencontre une épiplocèle volumineuse, on attire au dehors tout ce que l'on peut d'épiploon, à la base duquel on place une série de sutures au catgut par étages successifs, ainsi que nous l'avons vu faire à M. Schwartz. Sur une ligne oblique, on place une série de fils superposés les uns aux autres et par sections indépendantes, et l'on excise la masse épiploïque au-dessous de la ligne de suture. De cette façon on n'a point un pédicule à large surface, que l'on serait obligé de réintégrer en bloc. Le pédicule obtenu, au contraire, rentre progressivement et s'étale facilement dans la cavité abdominale.

Le pédicule une fois refoulé, l'opérateur procédant avec

l'ongle et les doigts, ou bien avec les ciseaux, dissèque avec soin et le plus haut possible les parois du sac, afin d'enlever la totalité de la séreuse constituant le sac, le collet et au-dessus de celui-ci un peu de péritoine abdominal au voisinage de la hernie.

Lorsque le sac a été bien pédiculisé, on place sur le pédicule une forte pince. Puis, au-dessus de la pince à pression, on traverse le pédicule avec une aiguille mousse de M. Lucas-Championnière ; on passe deux fils de gros catgut que l'on entrecroise et que l'on fixe séparément. Si le pédicule du sac était très large, on placerait plusieurs fils accolés et enchevêtrés en forme de chaîne. On sectionne le pédicule que l'on voit immédiatement rentrer dans l'abdomen.

On procède ensuite à la réparation de la paroi. On fera la suture des piliers avec la soie, car la soie maintiendra plus longtemps le rapprochement et donnera ainsi le temps au travail de néo-formation de se faire. La substance fibreuse des piliers ne permet point, il est vrai, leur accollement ; mais le tissu cellulaire qui se trouve entre eux servira d'intermédiaire. Ce sont surtout les parties molles quelconques au point où avait existé le collet qu'il importe de rapprocher. On aura soin de placer de nombreux points de suture perdue au catgut. Enfin on suturera la peau au crin de Florence.

Il ne reste plus que le pansement. On saupoudre la plaie d'iodoforme, on met plusieurs lamelles de gaze iodoformée et une épaisse couche d'ouate hydrophile stérilisée. Un spica est fait avec une bande de gaze ordinaire trempée dans l'eau phéniquée, et on place de la ouate partout

où il est nécessaire pour combler les vides et empêcher les excoriations par la pression des bandes.

Les rapprochements faits par les divers plans de suture doivent être soutenus par une compression énergique. Cette compression devra être continuée longtemps, et répétée par les pansements. Dans ces conditions la fusion des parois du canal est plus complète. On aura soin de faire porter à l'opéré un bandage à pelote large. Ce bandage viendra ainsi en aide au tissu cicatriciel en voie de formation, qui ne pourrait résister aux efforts incessants des viscères.

Maintenant quels sont les avantages qu'offre la cure des hernies sur la méthode du traitement par le repos et la compression. D'abord par le repos et la compression toutes les hernies ne peuvent être réduites, principalement les hernies irréductibles par excès de volume et sans adhérences, tandis que la cure radicale peut être appliquée indistinctement à toutes les hernies. En second lieu, par le repos et la compression le sac ne rentre point dans la cavité abdominale, bien que l'eût prétendu Arnaud; aussi est-ce une cause fréquente de récurrence.

Mais, objectera-t-on, avec la cure radicale est-on à l'abri de récurrences? Si les opérés avaient soin de porter constamment un bandage large et bien appliqué, on pourrait peut-être affirmer qu'ils ne verraient plus reparaitre leur hernie. M. Lucas-Championnière rapporte dans son traité l'observation d'une malade qui présentait une hernie inguinale descendant jusque vers le milieu de la cuisse. Cette femme a été opérée et a été revue cinq ans plus tard : son état était des plus satisfaisants. Elle se livrait sans aucune gêne aux travaux les plus pénibles du ménage. En admettant même

que la hernie se reproduise parfois, l'infirmité sera bien plus supportable, la hernie sera réductible, la contention sera facile et l'effort musculaire possible. On pourra toujours appliquer un simple bandage ordinaire.

Nous pouvons donc conclure qu'une opération qui apporte des modifications telles que les hernies irréductibles par excès de volume ou de consistance et sans adhérences guérissent absolument ou que les malades sont au moins placés dans des conditions meilleures, est justifiée et doit être faite toutes les fois que le cas se présente.

Notre but n'est point d'examiner et de discuter la question de la cure radicale, d'autant plus que cette question a été jugée par des voix des plus autorisées ; aussi n'insisterons-nous pas plus longuement. Qu'il nous suffise d'indiquer la formule, qui résumait la ligne de conduite adoptée et préconisée par Trélat, formule que rappelait dernièrement M. Charles Monod aux membres de la Société de chirurgie en prononçant l'éloge de Trélat. « Toute hernie, disait Trélat, qui n'est pas complètement, constamment et facilement contenue par un bandage, doit être opérée. » Oui, assurément, on ne pouvait mieux dire et en moins de mots.

Enfin, M. Lucas-Championnière est venu, pourrions-nous dire, trancher la question, si elle ne l'était pas déjà. Dans son mémoire sur la cure radicale des hernies, il donne les indications précises qui autorisent toute intervention, il décrit tout le manuel opératoire et il apporte des faits probants de guérison complète et définitive.

OBSERVATION I (inédite).

Cure radicale d'une épiplocèle inguinale irréductible par épaississement de l'épiploon.

Le nommé G... H..., âgé de 74 ans, est entré à l'hôpital Cochin, le 29 octobre 1892, dans le service de M. Schwartz, au numéro 13 de la salle Gosselin.

Interrogé sur ses antécédents héréditaires, le malade nous apprend que son père avait été également atteint d'une hernie.

Il y a 35 ans, en soulevant un tonneau, il sent un craquement dans l'aîne droite ; mais il ne remarque aucune tumeur. Ce n'est qu'au bout de deux ou trois ans, à la suite d'une fatigue, il ressent une douleur assez vive avec des coliques. Un médecin lui ordonne de porter un bandage double ; ce bandage ne le gêne point et lui permet au contraire de continuer son travail.

Il y a un mois ou six semaines, la hernie passe sous le bandage et augmente de volume. Le malade est immédiatement gêné et va à l'Hôtel-Dieu, où on lui ordonne un nouveau bandage. Il ressent quelques coliques et va consulter un médecin qui, après des tentatives infructueuses de réduction, l'engage à entrer dans un hôpital.

Actuellement, après quelques jours de repos, il ne souffre plus, excepté quand il fait une assez longue marche.

Examen. — Dans le scrotum du côté droit nous trouvons une grosse tumeur, qui se continue avec le canal inguinal. Cette tumeur opaque, mate dans sa partie inférieure, légèrement sonore à la partie supérieure, présente au palper des bosselures ; elle subit les impulsions de la toux.

Elle est partiellement réductible, environ dans son quart supé-

rieur, et l'on entend un léger gargouillement ; mais elle est irréductible dans ses trois quarts inférieurs. Aussi portons-nous le diagnostic d'entéroépilocèle inguinale droite, irréductible à cause d'adhérences.

Opération. — Le 4 novembre 1892. —Après avoir fait une toilette soigneuse de la région inguino-scrotale et avoir endormi le malade au chloroforme, nous avons fait une incision d'une longueur d'environ 10 centimètres. Après ouverture du sac herniaire, nous trouvons une grosse masse d'épiploon, épaissi et induré, qui n'est nullement adhérent aux parois du sac. Cet épiploon a pour ainsi dire, la forme d'un éventail d'une largeur de 5 centimètres environ. Sur tout le pourtour il présente un épaississement et une induration plus considérables qu'au centre ; il a une épaisseur de près de 3 centimètres et la consistance du tissu fibro-adipeux. Nous réséquons cet épiploon qui pèse 150 grammes, et nous faisons une ligature en étages du pédicule que nous réduisons. Ensuite nous réséquons le sac, après l'avoir décortiqué aussi loin que possible et l'avoir lié, et nous le réduisons dans la cavité abdominale. Nous suturons les piliers, et enfin la peau, sans mettre ni tampons de catgut ni drains. Nous faisons le pansement avec de la gaze iodoformée et de l'ouate hydrophile stérilisée.

Les suites opératoires sont excellentes. Le 13 novembre 1892, nous faisons le premier pansement et nous enlevons les points de suture ; la ligne de suture est très nette et l'état du malade parfait. Pansement à la gaze iodoformée et à l'ouate hydrophile stérilisée.

Le 17 novembre 1892. — Second pansement.

Le 20 novembre 1892. — Le malade commence à se lever.

Le 25 novembre 1892. — Nous lui appliquons un bandage inguinal.

Le 28 novembre 1892, le malade part à Vincennes en santé parfaite.

OBSERVATION II (inédite).

Cure radicale d'épiplocèle inguinale irréductible par excès de volume.

Le nommé M... P..., âgé de 29 ans, profession de photographe, est entré à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Schwartz, au numéro 6 de la salle Gosselin, le 11 octobre 1892.

Ce malade ne présente point d'antécédents héréditaires.

Il y a quatre ans, étant à la campagne, il s'aperçoit de la présence d'une tumeur dans l'aîne gauche ; il se livrait en ce moment à des travaux assez pénibles. Cette tumeur augmente peu à peu. Il va consulter un bandagiste, qui réduit la hernie et lui donne un bandage. Au bout de peu de temps, la hernie glisse sous le bandage et tombe dans les bourses. Il porte le bandage pendant environ deux ans. Sur ces entrefaites, il vient à Paris, va de nouveau consulter un bandagiste, qui ne peut réduire la hernie. Un médecin, appelé à son tour, n'est pas plus heureux. Depuis 7 ou 8 mois, sa hernie le gêne énormément et est très douloureuse ; elle l'empêche de travailler. Le malade entre alors à l'hôpital le 11 octobre 1892.

Examen. — Dans le scrotum du côté gauche nous trouvons une tumeur volumineuse, qui se continue avec le canal inguinal. Cette tumeur a la grosseur de deux poings et est irréductible. Elle ne présente en aucun point de sonorité ; mais elle est très nettement bosselée. En raison de ces symptômes, nous portons le diagnostic d'épiplocèle inguinale gauche, irréductible, avec adhérences.

Opération. — Le 14 octobre 1892. — Le champ opératoire étant bien aseptisé, le malade est endormi au chloroforme. Nous faisons une incision oblique en haut et en dehors, d'une longueur de 12 centimètres environ.

Après ouverture du sac herniaire, nous voyons une grosse masse d'épiploon, qui n'est en aucun point adhérent aux parois du sac. Nous faisons une ligature de l'épiploon avec une soie double et nous le réséquons. Nous faisons ensuite la dissection du sac, nous le lions avec la soie au niveau du collet et nous le réduisons dans la cavité abdominale. Nous suturons les piliers à la soie par points séparés, sans placer ni tampon de catgut, ni drain. Nous appliquons trois points profonds au crin de Florence et nous suturons la peau également au crin de Florence.

Pansement à l'iodoforme et à l'ouate hydrophile stérilisée.

L'épiploon réséqué pèse 250 grammes. La hernie était irréductible à cause de la grande masse d'épiploon qui ne pouvait passer par l'anneau inguinal.

Le 15 octobre. — Le malade n'a pas de fièvre.

Le 16 octobre. — Le malade présente une teinte ictérique très prononcée ; les conjonctives sont jaunes.

Le 18 octobre. — La teinte ictérique a disparu.

Le 21 octobre. — On fait le pansement, et le malade va très bien.

Le 24 octobre. — Nous enlevons les crins qui ont légèrement sectionné les téguments, et nous faisons un pansement à la gaze iodoformée et à l'ouate stérilisée.

Le 2 novembre. — Pansement au collodion ; le malade commence à se lever.

Le 14 novembre. — Le malade part à Vincennes avec sa plaie entièrement cicatrisée et avec un bandage.

OBSERVATION III (inédite).

Cure radicale d'épiplocèle inguinale irréductible par excès de volume.

Le nommé J. B... W..., âgé de 32 ans, profession de journalier, est entré à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Lucas-Championnière, le 24 décembre 1892.

Interrogé sur les antécédents héréditaires, il apprend que son père avait une hernie.

Le malade se plaint d'une hernie volumineuse qu'il a vu apparaître il y a dix ans. A la suite d'un effort il s'aperçut tout à coup d'une grosseur dans l'aîne. Pendant quatre ou cinq ans sa hernie rentrait; puis, à la suite d'un nouvel effort, elle grossit brusquement et devint irréductible. Le malade a toujours porté un bandage, même quand sa hernie ne rentrait plus. La hernie n'a jamais présenté de phénomènes d'étranglement; cependant elle occasionne des douleurs très vives.

Examen. — Dans le scrotum du côté droit, nous constatons une hernie inguinale, qui a le volume d'une tête d'enfant; elle est funiculaire et irréductible. Elle semble contenir de l'intestin et de l'épiploon en plus grande quantité.

Opération. — Le 5 janvier 1893. — Elle dure une heure; on endort le malade au chloroforme. Après avoir soigneusement lavé, brossé, rasé la région inguinale, nous faisons une incision très élevée sur le canal inguinal, et nous remarquons que la paroi est assez lâche. Nous ouvrons ensuite un grand sac qui contient uniquement une masse épiploïque très dure, chargée de graisse, reliée à l'abdomen par un pédicule plus maigre. Il n'y a absolument pas d'adhérences. Nous plaçons dix fils de catgut en cinq pai-

res au niveau du pédicule, et nous réséquons au-dessous la grosse masse, qui pèse 310 grammes. Nous plaçons deux fils de catgut sur le collet du sac, bien libéré. Nous mettons huit fils de catgut à suture perdue sur les tissus pour restaurer la paroi. La peau est suturée par onze points au crin de Florence. Nous plaçons un drain. Enfin nous faisons un pansement très aseptique et très compressif.

Les suites opératoires sont excellentes; le malade n'éprouve aucune complication.

Le 12 janvier. — Le premier pansement est fait, les points de suture superficielle sont enlevés, ainsi que le drain, et la réunion est complète. L'état du malade est parfait.

OBSERVATION IV

Cure radicale d'une grosse hernie de l'S iliaque irréductible chez un tuberculeux. — Observation publiée le 14 mars 1888 au Congrès français de chirurgie par M. Schwartz.

Le nommé J. L..., employé de commerce, entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de notre maître, le D^r Léon Labbé, que nous avons l'honneur de suppléer, le 4 avril 1887, pour se faire opérer d'une énorme hernie du côté gauche.

C'est, il y a dix-huit ans, en levant un lourd fardeau, qu'il a ressenti dans le bas-ventre une douleur tellement vive qu'il a eu une lipothymie; le lendemain matin, on constata l'existence d'une petite hernie grosse comme une noix, réductible, indolente, faisant saillie au dessous du pli de l'aîne en dedans. Il porta pendant quatorze ans un bandage qui contient facilement la tumeur, qui rentrait aisément lorsqu'elle sortait par hasard. Il y a quatre ans, sans effort, ni cause appréciable autre que des accès de toux,

elle a subitement augmenté de volume ; il avait fait changer son bandage pour le réparer ; elle prit le volume d'une tête d'enfant et ne put plus être réduite ; il y a un an, nouvelle augmentation de volume qui a persisté sans qu'il ait depuis été possible de la faire rentrer partiellement.

Au point de vue de sa santé générale, le malade n'est pas brillant. Il tousse depuis une dizaine d'années, crache beaucoup et présente le faciès d'un tuberculeux. Depuis quelques mois, il lui est impossible de remplir son emploi, tellement la hernie est volumineuse et gênante pour la station et la marche ; de plus, les efforts de toux y retentissent très douloureusement. Il demande à grands cris à en être débarrassé. Voici que révèle l'examen local et général.

Au niveau des bourses, du côté gauche, existe une tumeur très volumineuse de la grosseur d'une tête d'adulte quand le malade est dans son lit et qui augmente encore par la station debout. Elle est pédiculée, et le pédicule, de la grosseur de 3 à 4 doigts, pénètre dans l'abdomen ; en bas, se sent et s'isole facilement le testicule gauche ; elle est rénitente, sonore à la percussion presque partout ; sa palpation produit un gargouillement caractéristique. Le doigt, cherchant en haut l'anneau inguinal, le trouve fortement dilaté, très large, limité par un bord tranchant, concave, très appréciable. Il est absolument impossible de réduire quoi que ce soit de la hernie, qui paraît une entéro-épiplocèle. On a essayé sans bénéfice la réduction par le taxis prolongé, par la compression élastique. Nous portons le diagnostic de hernie entéro-épiploïque, irréductible par adhérences à cause de la présence de l'épiploon, de l'irréductibilité complète, et du long temps depuis lequel les viscères sont dehors.

L'examen de l'état général nous montra que nous avions affaire

manifestement à un tuberculeux au second degré avec limitation des lésions aux sommets.

Malgré cela, nous pensâmes, vu les instances du malade qui nous demandait de l'opérer, vu l'infirmité réelle constituée par cette énorme hernie irréductible, vu les accidents qui pouvaient survenir sous l'influence des accès de toux, que nous pouvions intervenir, et c'est ce qui fut fait le 22 avril, avec l'aide de mon excellent ami et collègue Ch. Monod. Chloroformisation difficile, le pouls faiblit dès qu'on pousse un peu l'anesthésie ; le malade étant endormi, j'essaye la réduction par un taxis un peu prolongé : rien ne rentre. Alors incision antérieure sur la région inguino-scrotale bien rasée, savonnée et lavée à la liqueur de Van Swieten, longue de 12 centimètres environ ; ouverture du sac herniaire : issue d'une masse intestinale volumineuse constituée entièrement par l'S iliaque et une partie du côlon descendant longue de 40 centimètres, munie de longs appendices épiplœiques hypertrophiés. Pas d'épiploon. Ce qui frappe, c'est l'épaisseur énorme de la paroi intestinale (au moins 1 centimètre) par suite d'une sorte d'infiltration œdémateuse, qui atteint aussi les énormes franges graisseuses qui bordent l'intestin. Nulle part d'adhérences, et, malgré cela, il est tout à fait impossible de faire rentrer la hernie, les gros paquets graisseux et l'intestin ne pouvant franchir l'anneau qui admet cependant 3 doigts. Je suis obligé de débrider d'au moins 2 centimètres en haut et en dehors pour rentrer la masse dans le ventre ; elle s'y maintient très bien, quoiqu'elle n'y soit plus depuis près de quatre ans.

L'irréductibilité tenait donc manifestement à l'augmentation de volume du contenu par rapport à l'orifice qui l'avait laissé passer d'abord. Le méso-côlon iliaque arrivait un peu au-dessous de l'anneau ; la rentrée de l'intestin le fit remonter suffisamment

pour qu'il ne fût plus aperçu dans la suite. La hernie rentrée, nous procédâmes à la dissection du sac, à la surface duquel étaient étalés les veines du cordon et le canal déférent ; il est excisé immédiatement au niveau de l'anneau ; il est impossible de le lier en deux ou trois parties, car il lui adhère intimement et ne peut être décollé ; aussi prenons-nous le parti de faire la suture des lèvres de l'orifice herniaire agrandi, avec plusieurs gros catguts qui adossent largement séreuse contre séreuse. Sutures superficielles au crin de Florence, un drain dans la partie supérieure de la plaie et deux petits drains debout le long du trajet. Pansement iodoformé et de Lister combiné. Compression ouatée par-dessus.

Tout se passa très bien ; la réunion fut complète, excepté au niveau du drain supérieur où il se forma 6 jours après un petit abcès qui une fois vidé et lavé à l'eau phéniquée forte, se ferma très rapidement.

Le 15 mai, tout est terminé ; le malade demande à se lever, ne souffre plus quand il tousse et ne sait comment nous remercier de l'avoir débarrassé de sa grosse hernie.

Le 6 juin, il quitte l'hôpital avec un bandage inguinal à pelote très large, soutenant la région herniaire ; l'état général est meilleur qu'à son entrée, il tousse moins et sent revenir ses forces. A ce moment, il n'y avait du côté opéré pas plus d'impulsion que du côté sain ; il semble que la cicatrice herniaire soit solide et l'anneau bien obturé.

Nous le revoyons le 19 octobre, il peut travailler et est très soulagé. Mais il tousse davantage depuis quelque temps ; il est manifeste que les lésions pulmonaires progressent ; l'examen local nous révèle une reproduction de la hernie ; il existe de nouveau un orifice herniaire pouvant admettre l'extrémité du petit

doigt, il est certain que les efforts de toux ont désuni les piliers à la partie interne et que la tumeur se reproduirait de plus en plus si le malade ne portait strictement son bandage. Nous avons appris depuis qu'il avait succombé aux progrès de phthisie dont il était atteint, mais sans avoir aucunement souffert de sa hernie, qui n'avait pas augmenté.

OBSERVATION V

Cure radicale d'une hernie du gros intestin irréductible par suite de l'hypertrophie des franges épiploïques. — Observation publiée par M. Peyrot le 27 juin 1888, à la Société de Chirurgie.

Le nommé L..., sculpteur, âgé de 48 ans, entre dans mon service à l'hôpital Tenon, le 14 juin 1887, pour se faire guérir d'une hernie inguinale volumineuse dont il ne peut obtenir la réduction.

C'est un homme de taille moyenne très bien portant, un peu adipeux, chez lequel nous ne trouvons aucune tare héréditaire ou acquise.

Sa hernie a commencé à se développer lentement, il y a une dizaine d'années. Elle était d'abord si peu douloureuse et rentrait si facilement que le malade jugea inutile de s'en préoccuper. Il ne porta ni bandage, ni suspension d'aucune sorte. Après avoir ainsi vécu en bonne intelligence avec son infirmité pendant cinq ou six ans, il s'aperçut un jour que la hernie ne rentrait plus ; mais il ne s'en préoccupa point davantage. Pourtant, quelques douleurs commencèrent à se montrer dans les reins, dans la partie inférieure de l'abdomen et vers le haut des cuisses après un exercice prolongé. Notre homme consulta plusieurs médecins, qui essayè-

rent inutilement le taxis, et sur le conseil d'un de nos collègues, il se décida, il y a un an, à porter un suspensoir.

Les accidents provoqués par la hernie ne se sont pas beaucoup aggravés. Il existe un état de gêne et de souffrance vague dans toute la partie inférieure de l'abdomen plutôt que de véritables douleurs. Une seule fois, la hernie est devenue très sensible en même temps que se produisaient de vives coliques. Par le repos au lit tout rentra dans l'ordre en quelques jours.

Examen de la hernie. — Il s'agit d'une hernie inguinale gauche. Le scrotum, distendu de ce côté et sillonné par des veines très apparentes, a le volume de deux poings pour le moins. La région du canal inguinal est un peu saillante. Entre la volumineuse tumeur scrotale et la légère saillie inguinale se voit un sillon bien marqué. La bourse droite est normale, le pénis effacé. Le toucher révèle la présence, dans le scrotum, d'une masse irrégulière, mamelonnée, consistante, au-dessous de laquelle on découvre, en arrière et en bas, le testicule bien isolable, reconnaissable à sa forme, à sa sensibilité spéciale et à son cordon, dont les éléments dissociés peuvent être suivis en arrière de la tumeur scrotale jusque vers l'anneau inguinal externe. On ne découvre pas la moindre trace d'une corde épiploïque se portant de cette masse vers l'abdomen. A la percussion, sonorité intestinale dans toute l'étendue de la tumeur. Le moindre effort de toux produit une véritable expansion ; mais le taxis le plus soigneux ne réduit la hernie que dans une proportion insignifiante. Jamais nous n'avons senti de gargouillements.

Incertains sur la nature exacte du contenu de la hernie, nous fûmes très positifs sur le chapitre du traitement. Le malade accepta la cure radicale que nous lui propositions. Il fut opéré le 23 juin 1887.

Opération. — Longue incision commençant au niveau de l'anneau inguinal externe et descendant jusqu'à la partie inférieure du scrotum. Ouverture du sac de la hernie.

Je constate aussitôt que celle-ci n'est en aucune façon constituée par le grand épiploon. Une longue anse du gros intestin la forme seule ; mais cette anse porte surtout sur son bord convexe une série de masses graisseuses, au nombre de 8 à 10, grosses comme de beaux abricots. Ce sont les franges épiploïques de l'S iliaque, prodigieusement augmentées de volume. D'ailleurs, aucune adhérence nulle part. Il fallait pour réduire, ou bien réséquer ces franges, ou bien ouvrir largement l'abdomen en incisant le trajet inguinal. Je pris ce dernier parti.

La réduction obtenue, je pratiquai, conformément à la règle que je suis dans la cure radicale, l'isolement du sac. Ce temps fut très pénible. Quoique je m'efforçasse de me tenir au plus près de l'enveloppe péritonéale, il fut difficile de mettre de côté les divers éléments du cordon et particulièrement le canal déférent. Je parvins pourtant au but. Le sac bien isolé et poursuivi jusque dans l'abdomen au-delà de la portion que j'avais incisée dans le trajet inguinal fut traversé par deux catguts, lié et réséqué. Je réparai la paroi antérieure du canal inguinal avec quelques autres points de catgut. Deux tubes à drainage furent placés, l'un du côté du scrotum, l'autre vers le canal inguinal ; suture au crin de Florence. Pansement compressif à la gaze iodoformée et à la tourbe.

Les suites de l'opération n'ont pas été absolument simples. Le malade fut pris de diarrhée accidentelle le jour même de l'opération. La brièveté de la verge fit que malgré tous les soins possibles il urina dans son pansement. Bref, la plaie s'infecta. La température monta à la fin du second jour jusqu'à 39°, pour

redescendre le lendemain à 38°,5. Le 27, je défis toutes les sutures et traitai la plaie en plaie ouverte. A partir de ce moment, nous n'avons plus à constater d'incident notable. La guérison fut obtenue, un peu lentement pourtant ; et le malade, qui attendait un bandage spécial, et qui ne voulait pas quitter l'hôpital avant mon retour des vacances, sortit le 10 septembre du service.

Je l'avais muni de l'appareil que notre collègue Lucas-Championnière a l'habitude de faire porter à ses opérés, mais bien par précaution seulement, car il existait au niveau de l'anneau inguinal externe une volumineuse cicatrice épaisse et profonde, qui ne recevait en aucune façon l'impulsion de la toux.

M. Périer, à qui je communiquais dernièrement mon observation, m'a dit avoir opéré un malade dans les mêmes conditions. Il pratiqua la réduction après avoir réséqué les franges épiploïques.

OBSERVATION VI

Cure radicale d'une hernie de l'S iliaque irréductible par suite de l'hypertrophie des franges épiploïques. — Observation citée par M. Bouilly à la Société de chirurgie le 27 juin 1838.

Il s'agit d'un homme, jeune encore, un cocher, de 28 à 30 ans, très gras, tout à fait obèse, dont l'épiploon était, par conséquent, très chargé de graisse. Il portait une hernie scrotale volumineuse, grosse comme une tête de fœtus à terme, irréductible, évidemment épiploïque dans sa plus grande partie. Je proposai la cure radicale qui fut acceptée. La grosse masse d'épiploon qui rem-

plissait le sac ayant été réséquée, je fus fort étonné de voir qu'il restait de grosses pandeloques graisseuses dont je ne reconnus pas du premier coup la nature, et qui n'étaient autres que des franges épiploïques de l'S iliaque hernié lui-même. Je dus réséquer plusieurs de ces franges avant de pouvoir réduire l'intestin. Les suites de cette opération furent des plus simples, plus simples que je n'aurais osé l'espérer. Cet homme guérit en effet sans aucun accident; et il est resté bien guéri, si j'en juge par les gracieux sourires qu'il m'adresse du haut de sa voiture, dans les rues de Paris, où je le rencontre journellement.

J'ai vu un second cas du même genre chez un malade opéré par M. Trélat. Ici encore, hernie du gros intestin et franges épiploïques volumineuses, mettant véritablement obstacle à la réduction.

OBSERVATION VII

Cure radicale d'une hernie de l'S iliaque rendue irréductible par l'hypertrophie des franges épiploïques. Observation rapportée par M. Prengreuer à la Société de Chirurgie le 27 juin 1888.

C'était un enfant, âgé de 4 ans, atteint d'une hernie congénitale. La hernie était restée réductible pendant les deux premières années; ce n'est que vers la troisième année qu'elle devint irréductible et assez gênante pour nécessiter l'opération. Celle-ci me conduisit sur des franges tellement volumineuses qu'elles simulaient une masse épiploïque recouvrant l'intestin, dont les tuniques ne pouvaient être reconnues qu'à la suite d'un examen attentif. La réduction, quoique difficile, put se faire après dilatation de l'anneau et sans réséquer les masses exubérantes. Le malade a guéri sans incidents.

OBSERVATIONS VIII et IX

Cures radicales de hernies volumineuses, irréductibles. Cas cités par M. Lucas-Championnière et M. Nicaise à la Société de Chirurgie le 27 juin 1888.

J'ai opéré, dit M. Lucas-Championnière, un homme chez lequel je trouvais, outre une issue complète du côlon et du cœcum, deux anses d'intestin grêle accolées entre elles et coudées, et, de plus, des masses graisseuses distendant le mésentère. Je réséquai d'abord ces dernières, et, la réduction n'étant pas encore possible, je dus inciser largement la paroi abdominale pour ouvrir une voie suffisante aux parties qu'il fallait faire rentrer dans le ventre.

M. Nicaise a rencontré dans une hernie volumineuse et irréductible le cœcum pourvu de franges épaisses qu'il dût réséquer pour rendre la réduction possible.

OBSERVATION X

Hernie inguinale, rendue irréductible par épaissement des parois intestinales. Observation présentée par Malassez à la Société d'anatomie de Paris le mois de juin 1872.

Un homme de 40 ans, présentant tous les symptômes d'un étranglement interne, entra le 9 mai 1872 à l'hôpital Necker, salle Saint-Louis, n. 27, service de M. Potain.

Depuis une douzaine d'années, il était, dit-il, porteur d'une hernie dans l'aîne droite. Elle était habituellement contenue par un

bandage, ne sortait que rarement, et, quand elle sortait, rentrait facilement.

Dans les derniers mois de l'année 1870, il éprouva de très grandes fatigues ; la hernie fut mal contenue par le bandage, une partie était presque toujours dehors ; puis, dans les premiers jours de janvier 1871, elle sortit en plus grande quantité, devint très douloureuse ; en même temps, le malade était pris de coliques très violentes. Il resta ainsi deux jours, gardant le lit ; un médecin, appelé au bout de ce temps, le soumit à un taxis énergique qui dura plus de trois heures, paraît-il. La hernie fut réduite ; mais peu après, il s'échappa, avec quelques matières fécales, une assez grande quantité de sang presque pur. Pendant un mois environ, il y eut de temps à autre de semblables hémorrhagies.

En mars, apparurent quelques coliques assez vives, avec des alternatives de diarrhée et de constipation. Vers la fin d'août, les coliques devinrent plus fréquentes, la constipation plus opiniâtre, et des vomissements de matières fécaloïdes se montrèrent.

Le malade resta dans cet état jusqu'à son entrée à l'hôpital ; il était si affaibli que depuis six mois il ne quittait plus le lit. On ordonna des bains, des cataplasmes, des opiacés ; tous les accidents cessèrent, les matières reprirent leur cours naturel, et le malade put manger.

Le malade allait de mieux en mieux, reprenait des forces, se levait même, quand vers la fin du mois de mai il fut pris de pleurésie gauche. Une ponction fut faite, mais l'épanchement se reproduisit. Enfin, le malade fut un jour repris de coliques très vives, avec constipation, mais sans vomissement : la hernie avait reparu dans le sac. La bourse droite formait une volumineuse tumeur masquant et la verge et la bourse gauche ; elle était mate, irréductible en partie et transparente, sauf en arrière.

Avec l'appareil de M. Potain, on retira 425 grammes d'une sérosité citrine contenant de la fibrine. La tumeur diminua de peu de volume, devint un peu sonore, mais elle était toujours aussi irréductible qu'avant. Le lendemain, la tumeur avait repris les dimensions et les caractères de la veille. Le malade était si affaibli qu'on jugea inutile toute intervention chirurgicale; il mourut quelques jours après.

Autopsie. — On trouva dans l'abdomen une assez grande quantité de sérosité et une hernie de la portion inférieure de l'intestin grêle. Le bout inférieur, qui va du canal inguinal au cœcum, est fortement tendu et comme aplati, les anses intestinales situées au-dessus de la partie herniée sont fortement distendues, et leurs parois sont très épaissies; elles ont 3,4 et même 5 millimètres d'épaisseur.

Le doigt pénètre assez facilement à travers le collet; lequel est très résistant et à bords mousses. Quand on presse la tumeur herniaire comme pour faire rentrer la hernie dans l'abdomen, on voit sortir du collet une certaine quantité de sérosité provenant évidemment du sac, et, par les bouts de l'intestin, un peu de liquide jaunâtre provenant de l'anse herniée. Et cependant, malgré cette perméabilité, la hernie est irréductible; elle l'est même quand on tire directement sur l'intestin.

Le sac étant ouvert, on ne trouve pas traces d'adhérences. En pressant directement sur l'anse, on ne peut pas encore faire rentrer la hernie; tandis qu'il est assez facile de faire sortir de l'abdomen une plus grande quantité d'intestin, portion qu'on peut ensuite faire rentrer à nouveau; mais il en est toujours une qui reste irréductible.

Une incision est faite sur l'anse herniée, de façon à en chasser le liquide jaunâtre et les gaz qu'elle renfermait, liquide et gaz que

lés pressions directes ne faisaient évacuer qu'en très petite quantité. De nouvelles tentatives de réduction sont essayées, soit en pressant sur l'anse, soit en tirant sur les extrémités de la portion herniée ; la hernie ne se réduit pas plus complètement qu'avant l'incision.

C'est qu'en effet l'irréductibilité paraît bien tenir au volume considérable de la portion herniée, par rapport aux dimensions du collet. Les parois intestinales ont presque 6 millimètres d'épaisseur, et l'intestin est très dilaté. L'examen à l'œil nu montre que cette augmentation d'épaisseur est due à l'hypertrophie des tuniques musculaires, ainsi qu'à la turgescence de la muqueuse et à l'œdème du tissu cellulaire.

OBSERVATIONS XI et XII

Hernies irréductibles par augmentation de volume d'une des parties herniées. — Observations publiées par M. Hartmann dans la *France médicale* le 3 mars 1887.

Cas I. — Un jeune homme, âgé de 26 ans, est entré en 1886 dans le service de M. Duplay, pour une hernie remontant à l'âge de 18 ans. Ce malade, depuis un an, éprouvait de légères douleurs au niveau de sa hernie en même temps que des accidents gastriques (vomissements une heure après chaque repas, douleurs vives), que n'avait calmés aucune des médications employées.

Au niveau de la région inguinale droite, on trouvait une hernie du volume du poing, irréductible, sans impulsion par la toux, mate, un peu sensible par places, surtout à sa partie inférieure, de consistance pâteuse, avec quelques points plus durs. Au-dessus,

se continuant dans l'abdomen et s'y perdant, on avait la sensation d'une partie résistante.

Le 11 mars, M. Duplay faisait la cure radicale de cette hernie et réséquait une grosse masse épiploïque n'ayant aucune adhérence avec le sac. L'épiploon formait une masse lipomateuse jaunâtre, bridée en divers endroits par la séreuse viscérale un peu épaissie et grisâtre.

Cas II. — Il y a quatre ans, nous avons observé une hernie, d'un volume considérable, dû à l'hypertrophie d'une frange épiploïque arrivant à constituer un véritable lipôme intra-herniaire.

La mort du malade, survenue par suite d'une perforation intestinale, nous permit d'étudier la cause de l'irréductibilité de la hernie qu'il portait.

Cette hernie ne présentait aucune adhérence. Elle ne pouvait être réduite en totalité, par suite du développement énorme d'une frange épiploïque qui était arrivée à constituer une tumeur de la forme d'une poire mesurant 10 centimètres de long sur 6 de large.

OBSERVATIONS XIII et XIV

Hernies irréductibles par hypertrophie des franges épiploïques du gros intestin. — Cas cités par M. Hartmann dans le même article de la *France médicale*.

M. Terrier nous a communiqué les observations de deux malades atteints chacun d'une hernie volumineuse. L'irréductibilité était due à l'hypertrophie des franges épiploïques du gros intestin ; cette hypertrophie donnait lieu chez l'un à une série de

nodosités surmontant un cordon épais qu'on pouvait sentir à travers la peau ; chez l'autre à de grosses granulations que l'on avait prises pour de l'épiploon.

Notre ami Broca, ajoute Hartmann, dans un cas de hernie du gros intestin, a observé la même hypertrophie des franges épiploïques.

Vu par le Président de la thèse,

LE DENTU

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GREARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Follin et Duplay.** — Traité de pathologie externe. Tome VI.
- Richter.** — Traité des hernies, traduit par Rougemont.
- Gosselin.** — Hernie épiploïque irréductible et indurée par plaques. Cliniques de la charité. Tome III.
- Malassez.** — Hernie inguinale congénitale rendue irréductible par épaissement des parois intestinales. Société anatomique de Paris, juin 1872.
- Hartmann.** — Hernies irréductibles par augmentation de volume d'une des parties herniées. France médicale, 3 mars 1887.
- Terrier.** — Hernies irréductibles par hypertrophie des franges épiploïques du gros intestin. France médicale, 3 mars 1887.
- Schwartz.** — Cure radicale d'une grosse hernie de l'S iliaque irréductible chez un tuberculeux. Congrès français de chirurgie, 14 mars 1888.
- Peyrot.** — Note sur un cas de hernie du gros intestin irréductible par suite de l'hypertrophie des franges épiploïques. Cure radicale. Société de chirurgie, Paris, 27 juin 1888.
- Bouilly.** — Cure radicale d'une hernie de l'S iliaque irréductible par suite de l'hypertrophie des franges épiploïques. Société de chirurgie, 27 juin 1888.
- Prengrueber.** — Cure radicale d'une hernie de l'S iliaque
- Gaye 10

irréductible par l'hypertrophie des franges épiploïques.
Société de chirurgie, 27 juin 1888.

Lucas-Championnière. — Cure radicale d'une hernie volumineuse irréductible. Société de chirurgie, 27 juin 1888.

Nicaise. — Cure radicale d'une hernie volumineuse irréductible. Société de chirurgie, 27 juin 1888.

Decressac. — Cause rare d'irréductibilité herniaire. Bulletin médical, 27 juin 1889.

Segond. — Cure radicale des hernies. Thèse d'agrégation. Paris 1883.

Meyville. — Du traitement de certaines hernies dites irréductibles. Thèse de doctorat. Paris 1888.

Michou. — Hernie épiploïque probablement fort ancienne. Société d'anatomie. Paris, janvier 1858.

Dupont. — Hernie incoercible. Revue médicale de la Suisse Romande, 1881. Tome I.

Thiry. — Hernie incoercible. Académie de médecine de Belgique 1881. Tome XV.

Laugier. — Dictionnaire de médecine, 1837. Article hernie.

Arnaud. — Traité des hernies ou descentes, 1749.

Lannelongue. — De la réduction des hernies à l'aide de la compression continue de la paroi abdominale immédiatement au-dessus du pédicule herniaire, aidée par le taxis. Bulletins de la Société de chirurgie, 1870. Tome XI.

Lucas-Championnière. — Traité sur la cure radicale des hernies.

